

**ETT2900 Bacheloroppgave i ergoterapi**

**“Livet er mer enn innsiden av en sengepost”**



VectorStock®

VectorStock.com/31744829

**Navn: Anette Rydning Gaarder og Ingvild Stålhand**  
**Antall ord: 8273**

**Annen informasjon:**

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

## Abstrakt

**Introduksjon:** I Norge har det over de siste tiårene blitt en økende andel som rapporterer om psykiske lidelser. Hensikten med denne studien er å opparbeide kunnskap om hvordan ergoterapeuter innen spesialisthelsetjenesten kan styrke ressursene til mennesker med psykiske lidelser i løpet av rehabiliteringsoppholdet. Slik at en kan sikre en god og hensiktsmessig behandling for å best mulig mestre hverdagslivet etter utskrivelse. Formålet med denne bacheloroppgaven i ergoterapi er derfor å undersøke følgende problemstilling: *“Hvilke faktorer under rehabiliteringsforløpet bidrar til å styrke et selvstendig, meningsfullt liv for personer med psykiske lidelser?”*

**Metode:** Gjennom å benytte en kvalitativ tilnærming for å besvare problemstillingen har vi valgt å intervju 4 informanter ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Vi har benyttet Malterud sin systematiske tekstkondensering for å analysere funnene.

**Resultat:** I studien fant vi tre hovedfunn som vi delte inn i tilhørende underkategorier. Hovedkategoriene var relasjonsbygging, brukermedvirkning og autonomi og aktivitetsbasert tilnærming. Under relasjonsbygging kom det frem at relasjonen var viktig for å danne et godt samarbeid, men at relasjonsbygging kunne være utfordrende. I brukermedvirkning og autonomi var både tvang og makt, og ytre rammer en faktor for informantene å ta hensyn til når det gjaldt behandlingstilbud. Aktivitetsbasert tilnærming omhandlet mestringsfølelse hos pasienten, ergoterapeuters fagkompetanse innenfor dette, og hvilke ressurser som hemmet og fremmet en aktivitetsbasert tilnærming.

**Diskusjon:** Faktorer som relasjonsbygging, brukermedvirkning og autonomi, og aktivitetsbasert tilnærming er alle viktige deler for å sikre et godt behandlingsforløp for pasienter med en psykisk lidelse. Teori og funn viser at disse faktorene kan styrke motivasjonen og myndiggjøringen til pasienten.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, psykisk helse, rehabilitering, occupational justice.

## **Forord**

Vi er to studenter som sammen har skrevet denne bacheloroppgaven i ergoterapi. Det har vært en lærerik prosess, og oppgavens funn vil være relevant for videre yrkesliv. Vi håper at temaet i denne bacheloroppgaven kan bidra til å øke fokuset på psykisk helse i fremtiden.

Gjennom tre år på NTNU Trondheim Ergoterapi har vi tilegnet oss kunnskap fra ulike emner som har gitt oss et godt grunnlag for denne oppgaven.

Vi er svært takknemlige for bistanden vi har fått fra vår veileder Tove Carstensen gjennom hele prosessen. En stor takk rettes også til informantene som har tatt tid ut av sin arbeidshverdag til å bidra med nyttig informasjon og innspill.

Til slutt vil vi takke hverandre for godt samarbeid, gode diskusjoner og mye latter i månedene som har vært.

Anette Rydning Gaarder og Ingvild Stålhand

Trondheim, 24.04.24

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Samfunnsaktualitet.....	7
1.3 Tidligere forskning og ergoterapeutisk relevans.....	7
1.4 Problemstilling.....	8
1.5 Avgrensinger for oppgaven og begrepsforklaring .....	8
1.6 Figur avgrensninger .....	10
1.7 Oppgavens struktur .....	10
2.0 Occupational Justice .....	10
2.1 Rett til å velge aktivitet selv.....	11
2.2 Rett til meningsfull aktivitet .....	11
2.3 Rett til utvikling i helsefremmende aktiviteter.....	12
2.4 Rett til aktivitetsbalanse.....	12
3.0 Metode .....	13
3.1 Valg av fremgangsmåte .....	13
3.2 Kvalitativ tilnærming .....	14
3.3 Gjennomføring av intervju.....	15
3.4 Beskrivelse av informanter .....	15
3.5 Analysearbeidet.....	15
3.6 Deskriptiv fremstilling av resultater .....	16
3.7 Personvern og etiske betraktninger.....	17
4.0 Resultat .....	17
4.1 Resultattabell.....	18
4.2 Tema 1 - Relasjonsbygging.....	18
Relasjon som verktøy.....	18
Utfordringer .....	19
4.3 Tema 2 - Brukermedvirkning og autonomi.....	19
Tvang og makt .....	19
Begrensende ytre rammer .....	20
Kontroll over eget liv .....	20
4.4 Tema 3 – Aktivitetsbasert tilnærming.....	21
Mestring av aktiviteter .....	21
Ergoterapeuters fagkompetanse .....	21
Ressurser.....	22

5.0 Diskusjon .....	22
5.1 Diskusjon av resultat.....	23
Tema 1 - Relasjonsbygging.....	23
Tema 2 - Brukermedvirkning og autonomi.....	24
Tema 3 - Aktivitetsbasert tilnærming .....	25
5.3 Metodisk betraktning .....	26
5.4 Betydning for praksis .....	27
6.0 Avslutning.....	28
7.0 Litteraturliste.....	30
8.0 Vedlegg.....	33
8.1 Vedlegg 1 – intervjuguide.....	33

## 1.0 Innledning

Temaet i denne bacheloroppgaven i ergoterapi er psykisk helse og rehabilitering. Med psykisk helse menes alt fra god psykisk helse og livskvalitet, til å oppleve psykiske plager og lidelser (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 8). God psykisk helse er basert på opplevelser av å mestre hverdagen, oppleve tilhørighet, mening og å ha sosiale relasjoner (Norsk ergoterapeutforbund, 2016, s. 3). Når det kommer til rehabilitering ønsket vi å ha fokus på når mennesker er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket å se på hvordan ens psykiske helse blir påvirket under et rehabiliteringsforløp, og hvordan en kan fremme en god psykisk helse for å bedre mestre hverdagen etter utskrivelse.

### 1.1 Bakgrunn

Innenfor rehabilitering benyttes ofte en helhetlig tilnærming (Bredland, et al., 2014, s. 51). Dette har blitt gjort siden 1980-tallet hvor fokuset endret seg til å gjenspeile miljøet innenfor sykehuset så likt et normalt dagligliv som mulig (Asaba et al., 2017, s. 31). Ved å benytte en helhetlig tilnærming forsøker en å identifisere alle aspekter ved personens situasjon, opplevelse, tanker, medisinske og kroppslige forhold. Rehabilitering er en prosess hvor disse ulike aspektene påvirker hverandre forskjellig og over tid (Bredland et al., 2014, s. 51). Psykisk helse er en av syv fagkompetanser i ergoterapi, og vi har kompetanse til å se på hvordan omgivelsene og ulike aspekter ved ens liv påvirker aktivitet og deltagelse (Norsk Ergoterapeutforbund, 2018). Ergoterapeuter kan blant annet bidra til et mer aktivt behandlingstilbud som kan styrke pasientens ulike behov under et rehabiliteringsforløp (Lloyd & Williams, 2010, s. 437).

Vår bakgrunn for valgt tema handler om at i dagens samfunn oppfyller om lag 16-22 prosent av den voksne befolkningen kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder (FHI, 2018, s. 20). Menneskene som lever med en psykisk lidelse kan møte på begrensninger i hverdagslivet som påvirker selvoppfatning og kontakten med andre mennesker i samfunnet (Bryant & Plastow, 2023, s. 21). Andre utfordringer mennesker med psykiske lidelser opplever kan i tillegg være dårlig livskvalitet, utenforskap, og risiko for somatisk sykdom (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 8). Tilbudet fra spesialisthelsetjenesten vil være med på å avgjøre om de vil mestre overgangen fra institusjon til et selvstendig og meningsfullt liv.

I denne bacheloroppgaven i ergoterapi ønsket vi å utforske forholdet mellom psykisk helse og faktorer som påvirker et rehabiliteringsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi har begge

tidligere erfaringer innenfor valgt tema, både praksis og jobb, og ønsket å utvide vår forståelse og kunnskap.

## 1.2 Samfunnsaktualitet

Stortinget har behandlet en ny opptrappingsplan innenfor psykisk helse hvor livskvalitet og helsehjelpen mennesker med psykiske lidelser mottar skal være tilrettelagt, tilgjengelig og god nok. Stortingsmeldingen sier at “Det er ingen sykdomsgruppe som gir større helsetap eller medfører større kostnader knyttet til uføretrygd enn psykiske lidelser” (Meld. St 23. (2022-2023), s. 8). Psykiske lidelser var den diagnosegruppen med mest sykefravær i Norge, og i 2019 den fjerde største årsaken til samlet sykdomsbyrde. I 2013 utgjorde sykefravær over 1,8 millioner tapte dagsverk (NAV, 2023). Rundt en tredjedel av de som mottok uføretrygd i 2014 hadde psykiske lidelser som hoveddiagnose (FHI, 2018, s. 50).

Siden den forrige opptrappingsplanen har det blitt mindre fokus på døgnbehandling i psykisk helsevern, og heller et ønske om å prioritere behandling gjennom poliklinikk og ambulant behandling. Det har også blitt en nedprioritering av antall sengeplasser på institusjoner de siste 20-30 årene (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 38). En av grunnene til dette er at pasienter skal få hjelp nærmere der de bor, slik at geografisk variasjon reduseres. Samtidig ser vi også at utviklingen av antall dømte til tvungen omsorg stiger (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 96). Regjeringen har et ønske om at psykisk helsevern skal være av høy kvalitet, og være i samsvar med befolkningens behov gjennom riktig dimensjonering (Meld. St 23. (2022-2023), s. 50).

## 1.3 Tidligere forskning og ergoterapeutisk relevans

Tidligere forskning har vist at engasjement i ulike aktiviteter for pasienter som er innlagt, har bidratt til at de fungerer bedre i hverdagslivet. De kan klare å møte samfunnets krav, være mer selvsikker og trygge i sine egne ferdigheter og evner (Lloyd & Williams, 2010, s. 438). Likevel kan mennesker som blir innlagt på grunn av sine psykiske lidelser ofte få redusert funksjonsnivå. Funksjonsnivå forklares som hvorvidt kroppsfunksjoner er intakte, personen mestrer daglige gjøremål og deltar i ulike aktiviteter (Bredland et al., 2014, s.155). Dette kan igjen føre til at mange blir innlagt på nytt med bakgrunn i sosiale problemer, økonomi, daglige rutiner og sosiale relasjoner (Lloyd & Williams, 2010, s. 438).

Ergoterapeutstillinger i psykisk helse står ovenfor en usikker fremtid. Det finnes ingen oversikt over utviklingen i antall stillinger, men flere steder blir stillingene til ergoterapeutene omgjort til miljøterapeut stillinger (Nygård, 2018, s. 29). Det vil bli viktig å opprettholde stillingene, slik at fagkompetansen ikke blir borte. Ergoterapeuter spiller en avgjørende rolle i å fremme god helse og livskvalitet for de som har blitt marginalisert på grunn av psykisk sykdom (Engeset, 2010, s. 1). De som blir innlagt kan oppleve følelsen av manglende mening og forståelse for hvordan hverdagslivet skal håndteres (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Ved å se på omgivelsenes påvirkning og opplevelsen av sammenheng, kan ergoterapeuter fremme aktivitet og deltagelse. Eksempelvis ved å tilpasse omgivelsene, gjenopprette funksjonalitet, forbedre livskvalitet, og styrke mestringsevnen hos enkeltpersoner som lider av alvorlige psykiske lidelser (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Det kom også frem i en studie at 78% av pasientene i akutthelsetjenesten opplevde engasjement i aktivitet, og over halvparten av deltagerne mente ergoterapeutisk arbeid bidro til at de fungerte bedre i hverdagen (Lloyd & Williams, 2010, s. 438). Sett i denne sammenhengen er det viktig å videre synliggjøre behovet for ergoterapeuters kompetanse innenfor psykisk helse (Nygård, 2018, s. 29).

#### 1.4 Problemstilling

Med utgangspunkt i bakgrunn, samfunnsaktualitet og tidligere forskning ble følgende problemstilling valgt:

*Hvilke faktorer under rehabiliteringsforløpet bidrar til å styrke et selvstendig, meningsfullt liv for personer med psykiske lidelser?*

Målet med problemstillingen er å se på faktorer som kan styrke pasientens behandling, men samtidig vil det også være faktorer som ikke styrker et rehabiliteringsforløp. Vi skal derfor ta for oss både hemmende og fremmende faktorer, da det er en del av samme prosess, og påvirker hverandre dynamisk (Bredland et al., 2014, s.127).

#### 1.5 Avgrensinger for oppgaven og begrepsforklaring

Vi vil bruke begrepet *psykiske lidelser* i denne oppgaven, og tolker dette som langvarige og komplekse symptombelastninger som oppfyller kriteriene for en klinisk diagnose (Meld. St. 23 (2022-2023) s. 8). Ulike psykiske lidelser kan arte seg forskjellig og behandlingsforløpet deretter (Bryant & Plastow, 2023, s. 21). Med bakgrunn i dette ønsket vi å se på psykiske

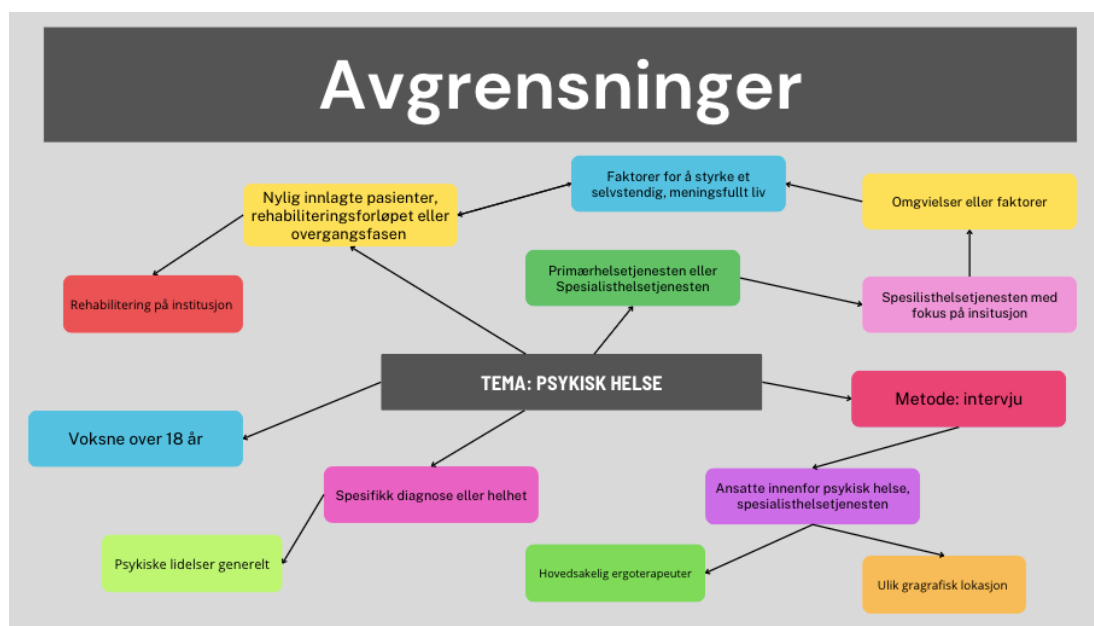


lidelser hos voksne i sin helhet. Ut ifra tidligere forskning og samfunnaktualitet ønsket vi å avgrense oss til rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten.

I vår oppgave ønsket vi blant annet å ha fokus på muligheten til å velge aktivitet selv. Det er lovfestet at vi skal “sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Et selvstendig, meningsfullt liv kan defineres på flere måter. Faktorer som kan spille inn er for eksempel være verdier, interesser og følelse av handleevne (Yamada et al., 2019, s.31). Hvis en aktivitet er av interesse, innehar verdier en finner meningsfulle, og følelsen av handleevne er effektiv, kan en skape positive opplevelser relatert til både motivasjon og mestringsfølelse. Videre kan dette styrke livskvaliteten (Yamada et al., 2019, s.31). Motivasjon og mestring kan ses i sammenheng med begrepet empowerment. Når en får velge aktivitet selv ut ifra egne verdier, interesser og handleevne kan det styrke følelsen av empowerment (Bredland, et al., 2014, s. 110) Empowerment har ingen tydelig norsk oversettelse, men handler om å sette folk i stand til å ta kontroll over egen helse og å mestre sin livssituasjon (Engeset, 2010, s. 2). Vi har valgt å benytte begrepene som kan oversettes til ‘myndiggjøring’ eller ‘kontroll over eget liv’ fremfor empowerment i denne oppgaven. Myndiggjøring handler om å styrke egenskaper til den enkelte, samt at ergoterapeuter kan legge til rette slik at pasienten kan delta i prosesser for å kunne ta kontroll over eget liv (Engeset, 2010, s. 2).

Et rehabiliteringsforløp menes som et tidsavgrenset og systematisk arbeid, hvor tjenesteytere skal jobbe mot at pasienten skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. Arbeidet skal være målrettet, intensivt og tverrfaglig (Helsedirektoratet, 2014, s. 83). Vi har valgt å fokusere på rehabiliteringsforløpet innenfor spesialisthelsetjenesten, da det over tid har blitt nedprioritert opp imot desentralisert og ambulant behandling i primærhelsetjenesten (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 38). Samtidig har det blitt en økning i henvendelser for voksne med psykiske helseproblemer i både kommunen og fra psykisk helsevern (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 10). Det er viktig å prioritere spesialisthelsetjenesten for å forbedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser som har behov for dette, slik at forekomsten kan reduseres. Et av resultatmålene i stortingsmeldingen er å forebygge lidelser og plager som kunne blitt behandlet tidligere, dersom prioriteringen og tilbudene hadde vært annerledes (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 7). I figur 1.6 har vi illustrert tankeprosessen vi gikk gjennom for å komme frem til våre avgrensninger.

## 1.6 Figur avgrensninger



## 1.7 Oppgavens struktur

Gjennom hele bacheloroppgaven har vi tatt inspirasjon fra boken *Bachelor- og masteroppgave i sosial- og helsefag* skrevet av Sidsel Sverdrup (2020). Vi har brukt en tilpasset IMRAD-struktur som består av innledning, metode, resultat, diskusjon og avslutning. Dette kapittelet har tatt for seg innledningen med fokus på bakgrunn for valgt tema; psykisk helse, samfunnsaktualitet, politiske føringer, ergoterapeutisk relevans, problemstilling, samt avgrensninger og begrepsforklaring. Videre har vi forklart det teoretiske rammeverket, aktivitetsperspektivet occupational justice. Under metodedelene presenterte vi prosessen med gjennomføring av kvalitative intervju. I resultatdelen fremstilles funn fra intervjuene delt inn i ulike hoved- og underkategorier. Videre har resultatene blitt diskutert opp mot aktivitetsperspektivet, samt diskusjon rundt metodevalg og betydning for praksis. Til slutt avsluttet vi med en oppsummering av oppgavens omfang.

## 2.0 Occupational Justice

I dette kapittelet har vi redegjort for valgt aktivitetsperspektiv som er occupational justice. Innenfor dette begrepet har mennesker rett på fire ting; rett til å velge aktiviteter selv, rett til meningsfulle aktiviteter, rett til utvikling i helsefremmende aktiviteter og rett til aktivitetsbalanse. Occupational justice er benyttet innen aktivitetsvitenskap med fokus på

retten til like ressurser og muligheter for meningsfull aktivitet, sosial deltagelse og tilhørighet, autonomi og utvikle sitt fulle potensiale (Mærsk & Wolters, 2019, s. 67). Det er et viktig fokus fordi det bidrar til en forståelse av hva og hvorfor mennesker gjør som aktivitetsvesener (Kristensen, 2017, s. 19).

Begrepet er passende sett i lys av vår problemstilling, fordi mennesker som blir innlagt på institusjon kan oppleve mangelfull deltagelse og meningsløse aktiviteter. Når en ikke opplever retten til en eller flere av de fire kategoriene over tid, kan dette føre til noe som heter occupational injustice (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80). Ergoterapeuter kan bidra med sin kjernekompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser og hvordan det kan endres og påvirkes for å oppnå mestring. Dette er avgjørende for å fremme psykisk helse (Norsk ergoterapeutforbund, 2022, s. 1). Videre skal vi utdype de fire kategoriene.

## 2.1 Rett til å velge aktivitet selv

Mennesker har frihet til å velge hvordan de vil leve, hvilke aktivitet de deltar i og finner meningsfulle (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80). Det omhandler også retten til å utøve autonomi gjennom å ta valg og beslutninger angående egen deltakelse i hverdagen. Pasienter som blir innlagt kan bli påtvunget til å gjøre aktiviteter de ikke finner mening i, eller slite med å tilpasse seg sosiale kontekster. Dette kalles aktivitetsmarginalisering (Morville & Larsen, 2017, s. 203). Aktivitetsmarginalisering kan også oppstå når forventninger fra andre om hvordan, når og hvor menneske 'burde' delta i en aktivitet eller kontekst ikke stemmer overens med egne forventninger. En kan derfor streve med å finne aktiviteten meningsfull (Townsend & Wilcock, 2004, s. 81). Når aktivitetsmarginalisering oppstår innad en gruppe, kalles det aktivitetsmessig apartheid (Morville & Larsen, 2017, s. 204). For eksempel kan mennesker med psykiske lidelser streve med å komme seg ut i arbeid eller finne andre verdiskapende aktiviteter fordi de enten blir stigmatisert eller undertrykt i deres ressurser og kapasitet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 82).

## 2.2 Rett til meningsfull aktivitet

For å oppnå occupational justice må mennesker få frihet og lik tilgang til å velge meningsfull aktivitet. Alle i befolkningen skal ha rett på valgmuligheter for å oppleve mening og berikelse mens de deltar i aktivitet, samt at valgene skal være tilgjengelig. Hvis en ikke opplever

mening og identitet ved det en gjør fordi aktiviteten er tvungen, kan en føle på fremmedgjørelse. Fremmedgjørelse er ikke bare en psykologisk tilstand, men også en sosial urettferdig tilstand (Morville & Larsen, 2017, s. 205). Ved langvarig opplevelse av fremmedgjørelse kan det føre til isolasjon, tomhet, tap av identitetsfølelse, manglende samhørighet, opplevelse av meningsløshet eller en begrenset innsikt i egen situasjon. Dette kan forårsakes av at mennesker blir fratatt deres aktivitetsmuligheter grunnet ytre rammer. For eksempel at en person blir fysisk flyttet fra ens egne kulturelle eller geografiske omgivelser (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80). Aktivitetsdeprivasjon kan bli en konsekvens av langvarig fremmedgjørelse (Morville & Larsen, 2017, s. 205).

### 2.3 Rett til utvikling i helsefremmende aktiviteter

Alle har rett til å delta i aktiviteter som fremmer helse og sosial inkludering. Mennesker kan bli frarøvet muligheten til å engasjere og utvikle seg i aktivitet som er nødvendige og meningsfulle for de grunnet eksterne faktorer. Eksempelvis faktorer som geografisk isolasjon, uførhet, diskriminering og stigmatisering (Townsend & Wilcock, 2004, s. 81). En ytre faktor kan for eksempel være manglende bemanningsressurser som kan begrense pasientens aktivitetstilbud, eller utestengelse fra deltakelse i aktiviteter de ellers ville utført hadde en ikke vært innlagt på institusjon (Magnus & Olsø, 2019, s. 130). Når en mister retten til å utvikle seg i helsefremmende aktiviteter kan dette føre til aktivitetsdeprivasjon. Det defineres som en langvarig ekskludering fra å engasjere seg i aktiviteter som er nødvendig eller meningsfullt grunnet faktorer som mennesket ikke har kontroll over (Townsend & Wilcock, 2004, s. 81). Aktivitetsdeprivasjon kan oppstå både i gruppe eller for enkeltindivid, for eksempel en gruppe pasienter som blir lagt inn på tvang. Sosiale normer kan også føre til sosial ekskludering ved at samfunnets krav er for høye for menneskets forutsetninger (Townsend & Wilcock, 2004, s. 81). Får en ikke deltatt og utviklet seg i helsefremmende aktiviteter innenfor en institusjon kan dette videre føre til utestengelse fra andre arenaer etter utskrivelse (Magnus & Olsø, 2019, s. 130).

### 2.4 Rett til aktivitetsbalanse

Aktivitetsbalanse kan ses på som et kontinuum på mer eller mindre balanse mellom hverdagslige aktiviteter, i sammenheng med ens subjektive opplevelse. Eksempelvis forholdet mellom plikter og krav, og lystbetonte fritidsaktiviteter (Morville & Larsen, 2017, s. 199).

Kontinuumet er dynamisk med en begrenset tidsperiode vil være individuell (Håkansson et al., 2017, s. 112). Dette kan ses i lys av GAP-modellen og avstanden mellom individets forutsetninger og samfunnets krav (Ness, 2011, s. 71). Et godt samspill mellom tilfredshet av aktiviteten og dens krav, og de ressursene en har er vesentlig. Hvis en ikke opplever en god aktivitetsbalanse i hverdagen, kalles det aktivitetsubalanse. Dette forårsakes blant annet av begrensninger og manglende mulighet fra omgivelsene. Begrensninger fra omgivelsene er for eksempel arbeidsløshet, langvarig opphold på intuisjoner, asylsøkere, eller for store krav i hverdagen som ikke samsvarer med ens ressurser (Morville & Larsen, 2017, s. 200). Aktivitetsubalanse kan forekomme når en aktivitet som ikke er lystbetont gjennomføres over en lengre tidsperiode, eller når mennesket ikke har forutsetninger for å gjennomføre aktiviteten (Håkansson et al., 2017, s. 113).

Aktivtetsbalanse handler om å variere mellom en eller flere aktiviteter, samt at mennesker opplever meningsfulle aktiviteter i hverdagen. For mye aktivitet utover ens aktivitetskapasitet kan skape uhelse og manglende kontroll over eget liv, mens for lite aktivitet kan føre til manglende mening og mestring (Townsend & Wilcock, 2004, s. 82). Aktivitetsubalanse kan også oppstå med bakgrunn i manglende ressurser i form av bemanning. Hvis pasienten ønsker å gjøre en spontan aktivitet, men må avtale med personalet i form av følge kan dette hemme retten til aktivitetsbalanse, samt retten til autonomi (Magnus & Olsø, 2019, s. 127).

## 3.0 Metode

Metodedelen har som mål å formidle hva vi ønsket å finne svar på, fremgangsmåten for å få aktuelle svar og hvem vi valgte å kontakte (Sverdrup, 2020, s. 53). Metoden vi valgte for å samle inn data var en kvalitativ tilnærming i form av intervju, for å få en dypere forståelse innenfor valgt tema.

### 3.1 Valg av fremgangsmåte

Vi så det hensiktsmessig å gjennomføre intervju med ansatte innenfor psykisk helse, med kunnskap om pasientgruppen. Hovedsakelig ønsket vi å intervjuere ergoterapeuter med erfaringer innenfor spesialisthelsetjenesten, slik at de kunne bidra med å besvare vår problemstilling om hvilke faktorer som kan fremme og hemme et rehabiliteringsforløpet for mennesker med psykiske lidelser.

Hovedsakelig tilstrebet vi å kontakte ergoterapeuter ved ulike geografiske lokasjoner. En slik geografisk bredde var med på å få varierte perspektiver på vårt ønskede tema. Størrelsene på sykehusene var også ulike, to mindre og to større. Dette for å se diskrepans i faktorer som hemmet og fremmet rehabiliteringsforløpet hos pasientene. Det hadde vært interessant å få brukerperspektivet til mennesker med psykiske lidelser som har vært innlagt på institusjon, men dette valgte vi bort grunnet sårbarheten. Vi så også på muligheten til å intervju andre yrker med erfaringer fra psykisk helse for å få ulike synsvinkler på temaet. Variasjon i både kjønn, alder og arbeidserfaring på informantene ønsket vi også for å innhente forskjellige opplevelser. Målet var å finne ut mer om enkeltindividers erfaringer innenfor et spesifikt fagfelt, og valgte derfor å intervju informantene våre individuelt. Individuelle intervjuer har et fokus rettet mot informantens erfaringsgrunnlag og arbeidsplass (Sverdrup, 2020, s. 61).

### 3.2 Kvalitativ tilnærming

Det finnes ulike måter å oppnå en kvalitativ tilnærming på. Datainnsamlingen vår foregikk gjennom å utarbeide en semistrukturert intervjuguide i forkant av møtet med informantene (Sverdrup, 2020, s. 62). En slik guide er utformet for å stille åpne spørsmål, men har også rom for at informantene kan dele andre erfaringer. Det var også rom for å snakke om andre temaer dersom informantene ønsket å dele noe med oss som vi ikke hadde lagt vekt på i forberedelsesfasen. Det var ingen forhåndsdefinerte svar, og informantene kunne bevege seg fritt mellom ulike tema (Sverdrup, 2020, s. 61). Vi valgte en kvalitativ tilnærming fordi dette er med på å gi oss kunnskap om individenes opplevelser og erfaringer, samt menneskelige erfaringer og fortolkninger (Sverdrup, 2020, s. 59). Vi ønsket å ha en induktiv tilnærming som handler om å først innhente kunnskap, videre analysere og til slutt trekke konklusjoner (Sverdrup, 2020, s. 60).

Intervjuguiden er utformet som en huskeliste, og omhandler de viktigste temaene vi ønsket å fokusere på. Denne ligger som vedlegg 1. Intervjuguiden vår ble delt inn i ulike underkategorier med tilhørende spørsmål, og kategoriene ble delt inn med bakgrunn i forkunnskapen vår om temaet og samfunnsaktualitet. Noen av kategoriene var som følger; kartlegging, brukermedvirkning, relasjonsbygging, politiske føringer, overgangsfasen og tverrfaglighet. Vi ønsket at varigheten på intervjuene skulle være mellom 45-60 minutter. Dette opplyste vi informantene om på forhånd slik at intervjuet skulle være mer forutsigbart. I

e-postene vi sendte ut beskrev vi kort hvilke tema vi ønsket å vektlegge. Noen informanter ønsket å få noen utdypende spørsmål på forhånd, mens andre etterspurte ikke dette.

### 3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført over Microsoft Teams. Vi var fleksible på når intervjuene skulle gjennomføres, da det viktigste var at det ikke hindret informantenes andre arbeidsoppgaver. Muligheten for lydopptak var fraværende på grunn av retningslinjene fra NTNU, så vi noterte fortløpende. Intervjuet var frivillig og svarene deres anonymisert, som informantene ble orientert om før start. Videre fortalte vi informantene at de har mulighet til å trekke svarene sine. Spørsmålene vi hadde formulert var åpne slik at informantene kunne føre samtalen i den retningen de selv ønsket. Gjennomføringen foregikk ved at en av oss hadde hovedansvaret for å stille spørsmål, mens den andre hadde ansvaret for å notere ned svarene. Denne fordelingen opplevde vi som oversiktlig og strukturert med tanke på vår gruppedynamikk.

### 3.4 Beskrivelse av informanter

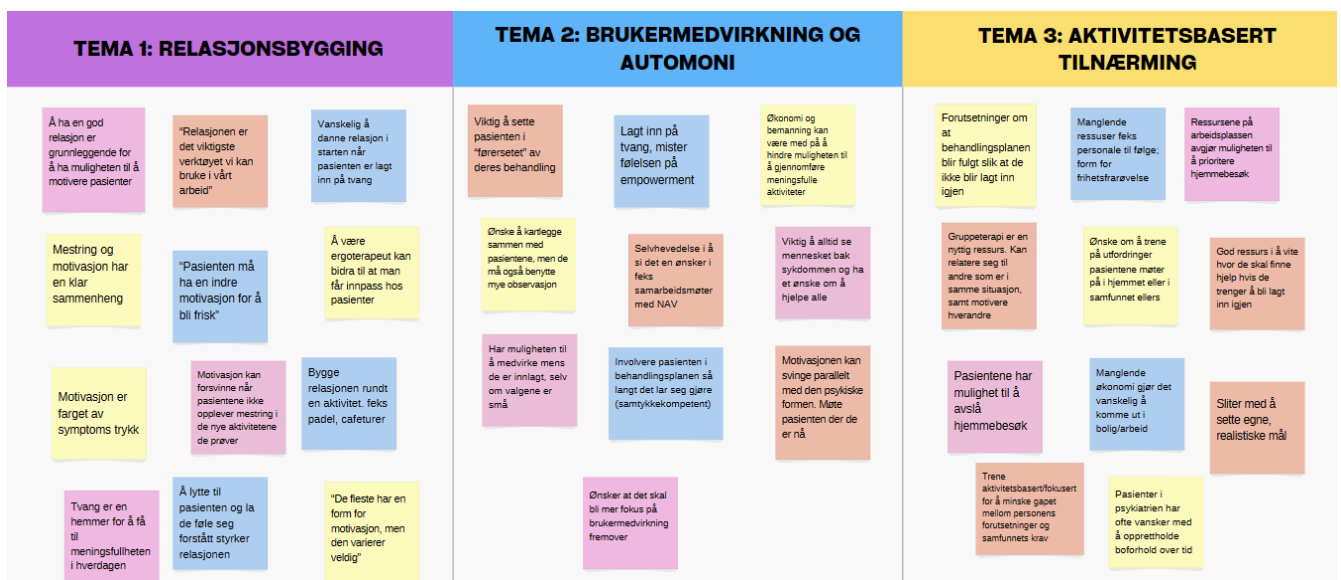
Informant	Helsesektor	Pasientgruppe	Arbeidsoppgaver
1: dame, 30-årene, psykolog/behandler	Spesialisthelsetjenesten, poliklinikk/psykose og rusenhet	Voksne, rus og psykose	Kartlegging, tvangsvedtak og samtaletilbud
2: mann, 30-årene, ergoterapeut/miljøterapeut	Spesialisthelsetjenesten, sengepost	Voksne, alvorlige psykiske lidelser	Aktivitet som behandling og funksjonskartlegging
3: mann, 20-årene ergoterapeut/miljøterapeut/behandler	Spesialisthelsetjenesten, akuttpsykiatrisk sengepost og sikkerhetspsykiatrisk avdeling	Voksne, psykose	Kartlegging, botrening og aktivitet som behandling
4: dame, 40-årene, spesialergoterapeut/behandler	Spesialisthelsetjenesten, poliklinikk	Voksne, allmenn psykiatri	Gruppeterapi og funksjonskartlegging

### 3.5 Analysearbeidet

Etter intervjuene var det en del data som vi måtte behandle for å identifisere fellestrekk ved funnene våre. Vi har valgt å ta inspirasjon fra Kirsti Malterud sin systematiske

tekstkondensasjon for å komme frem til faktorene som styrker et rehabiliteringsforløp. Systematisk tekstkondensering inneholder fire trinn (Malterud, 2017, s. 99). Trinn 1 er *helhetsinntrykk*. Her skal en ha et fugleperspektiv på datamaterialet for å få et helhetsbilde. Etter intervjuene oppsummerte vi våre inntrykk og diskuterte foreløpige temaer som skilte seg ut. Trinn 2 er *organisere tekst i foreløpig tema*. Vi startet med å lese nøye gjennom resultatene. Videre skulle informasjonen sorteres inn i kodegrupper, som gjøres for å sikre at informasjonen blir organisert i koder med lignende fellestrekk (Malterud, 2017, s. 102). Kodegruppene var; relasjonsbygging, brukermedvirkning og autonomi og aktivitetsbasert tilnærming, som har direkte sammenheng med faktorer innenfor rehabiliteringsforløpet. Trinn 3 er *kondensering av temaer og undergrupper*. Etter å ha organisert temaene sammenfattet vi intervjuene til tre temaer (Malterud, 2017, s. 105). Temaene er fremstilt som delkapittel 3.6 ved å benytte verktøyet Canva. De ulike fargene under hvert tema representerer ulike informanter. Hver av de tre temaene ble kondensert til underkategorier så tekstnært som mulig for å skape flere tolkninger og mulige tilnærminger til problemstillingen (Malterud, 2017, s. 106). Trinn 4 er *sammenfatte tekst til beskrivende funn*. I dette trinnet sammenfattet vi intervjuene med tydelige eksempler og sitater for å formidle det informantene fortalte (Malterud, 2017, s. 109).

### 3.6 Deskriptiv fremstilling av resultater





### 3.7 Personvern og etiske betraktninger

Vi har gjennom hele prosessen hatt et stort fokus på å ivareta informantenes personvern. Alt av informasjon er behandlet med anonymitet og konfidensialitet (Sverdrup, 2020, s. 94).

Under intervjuet noterte vi fortløpende uten å skrive ned personopplysninger som kunne bli identifisert tilbake til enkeltpersonene (Sikt, u.å.). For eksempel har vi unngått navn, konkret alder eller navngitt arbeidsplass.

Informant 1 har familiær relasjon til en av forfatterne av denne oppgaven. Vi bestemte derfor at denne forfatteren ikke skulle intervju informant, i tilfelle relasjonen kunne påvirke svarene. Vi valgte informant 1 som er psykolog både for å få et annet perspektiv innenfor psykisk helse, men også i tilfelle vi ikke fikk tak i andre informanter. Informant 2 og 4 har vi kommet i kontakt med gjennom praksisstudier. Informant 3 kom vi i kontakt med gjennom en annen informant. Vi hadde derfor ingen tidligere kjennskap til denne personen.

Med bakgrunn i problemstillingen vår og kunnskap fra kapittel 1 utformet vi en intervjuguide som hadde til hensikt å gi informantene mulighet til å reflektere over ulike tema som kunne være relevante (Søgaard et al., 2019, s. 160). Svarene vi fikk fra informantene gjenspeilte deler av bakgrunnskunnskapen vi hadde tilegnet oss, og kan muligens representere en styrket validitet i prosjektet. Gjennom en kvalitativ tilnærming fikk vi utdypende svar om samme temaer som også kan styrke prosjektets gyldighet (Busch, 2021, s. 61). Vi hadde også et mål om å beskrive prosessen på en gjennomsiktig måte, slik at både prosjektet og våre funn fremstår så reliable som mulig (Søgaard et al., 2019, s. 159). Dette innebar at informantene skulle få frem sine egne tanker og perspektiver uten påvirkning fra oss, og vi stilte de samme spørsmålene til alle informantene. Svarene vi fikk var ganske like, og det kan antyde at våre funn er troverdige. Andre kunne disponert intervjuguiden til en viss grad, men ikke fått de samme svarene, da både personlighet, interesse og relasjon kan spille inn. Forhåpentligvis ville andre også ha kommet frem til noe av de samme svarene, med utgangspunkt i vår intervjuguide. Vi har tilstrebet en stor grad av gjennomsiktighet, så langt det lar seg gjøre med intervju som metode.

## 4.0 Resultat

Dette kapittelet handler om informasjonen vi innhentet gjennom valgt metode. Intervjuene skulle basere seg på å besvare problemstillingen vår; *“hvilke faktorer under*

*rehabiliteringsforløpet bidrar til å styrke et selvstendig, meningsfullt liv for personer med psykiske lidelser?*”. Vi har valgt å inkludere både negative og positive faktorer, som kan fremme og hemme et rehabiliteringsforløp. Etter å ha analysert dataene satt vi igjen med tre ulike faktorer, delt inn i hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Dette kan en se i tabell 4.1. Videre skal vi utdype disse kategoriene i løpende tekst.

#### 4.1 Resultattabell

Hovedkategori	Hovedkategori	Hovedkategori
Relasjonsbygging	Brukermedvirkning og autonomi	Aktivitetsbasert tilnærming
Underkategori	Underkategori	Underkategori
Relasjon som verktøy	Tvang og makt	Mestring av aktivitet
Utfordringer	Begrensende ytre rammer	Ergoterapeuters fagkompetanse
	Kontroll over eget liv	Ressurser

#### 4.2 Tema 1 - Relasjonsbygging

##### Relasjon som verktøy

Alle informantene valgte å trekke frem relasjonsbygging som en viktig faktor i samhandling med mennesker med psykiske lidelser. En informant fortalte at ved å fremme relasjonen opplevdes pasienten i bedre humør, var mer villig til å delta på aktiviteter og mer samarbeidsvillig i behandlingsforløpet. En annen informant fortalte at det også er viktig å se personen bak sykdommen i relasjonsbyggingen, og å møte de der de er nå. Flere informanter fortalte det samme om å lytte til pasientene, slik at de føler seg sett, hørt og forstått. En informant fortalte at det å være ergoterapeut kan bidra til få lettere innpass da yrket muligens er ukjent for noen pasienter. ‘Ergoterapeuter kan være et friskt pust’. Videre fortalte informanten at som ergoterapeut har en alltid et fokus på aktivitet og deltagelse, samt hva som er viktig for pasienten i deres situasjon, som igjen kan styrke relasjonen over tid.

*“Relasjonen er det viktigste verktøyet vi kan bruke i vårt arbeid” - Informant 4*

En annen måte å danne relasjon på er gjennom grupper. Gruppeterapi er noe en informant bruker ofte og ser på som et nyttig verktøy da pasienter kan finne støtte i hverandre.

Informanten fortalte videre at gruppeterapi kunne styrke følelsen av tilhørighet og relasjon til andre mennesker, noe som videre kunne øke den sosiale fungeringen.

### Utfordringer

Enkelte pasienter kan ha utfordringer med å danne relasjoner i tillegg til en psykisk lidelse som hoveddiagnose. Informanten forklarte videre at dette kunne hemme relasjonsbyggingen og samarbeidet under behandlingsforløpet. Videre sa informanten at enkelte pasienter kan være motvillig til behandling da de ikke har selvinnsikt og ser at de har behov for hjelp. Det kom også frem fra en annen informant at når en pasient blir innlagt er alt nytt og fremmed, og det kan derfor være vanskelig å danne en relasjon når pasienten er sårbar. Det er viktig å være tålmodig og ta det i pasienten sitt tempo. Relasjonsbygging kan dannes rundt en aktivitet. Dette fortalte en informant kan bidra til å lette på ansentheten i forhold til en formell støttesamtale, samt at pasienten kan forbinde aktiviteten som noe positivt ved at den er lystbetont og meningsfull.

## 4.3 Tema 2 - Brukermedvirkning og autonomi

### Tvang og makt

Enkelte pasienter med en psykisk lidelse blir innlagt på tvang, og tvangsinnleggelse kan ses på som en hemmende faktor forklarte en informant. En annen informant opplevde at en pasient følte det var 'jeg mot dem'. I slike tilfeller fortalte informanten at det er viktig å oppfordre til brukermedvirkning så langt det lar seg gjøre fordi det minsker mest mulig frihetsfrarøvelse og skaper en følelse av eierskap til behandlingsforløpet og autonomi hos pasienten. Videre sa informanten at det ikke er alltid pasientene forstår at tvang er form for hjelp, sett i sammenheng med når de ikke har muligheten til å ivareta seg selv og sine behov. En annen informant fortalte at når de gir omsorg blir det ikke alltid oppfattet som dette da enkelte kan mangle selvinnsikt i egen situasjon. Videre sa informanten at de ofte er nødt til å benytte tvangsvedtak for å beskytte pasienten, men at det ikke alltid oppleves slik. Dette kan fra ansattes side ses på som en form for omsorg, men for pasienten kan det oppleves som tvang. En annen informant fortalte at når pasienter får delta i beslutningsprosessen om sine mål, økte motivasjonen og mestringsfølelsen, samt at maktbalansen mellom partene kunne jevne seg ut.

## *“Tvang er en form for omsorg” - Informant 1*

### Begrensede ytre rammer

Flere informanter snakket om at pasientene på institusjonen opplevde manglende brukermedvirkning. En informant sammenlignet det med at mennesker som lever et vanlig liv i samfunnet, har større mulighet til å medvirke i eget liv. På institusjon er det strenge ytre rammer som er med på å begrense følelsen av autonomi. Informanten la vekt på at dette igjen kan gå ut over følelsen av mestring i hverdagen. En annen informant snakket om mulighetene for å gjennomføre ulike aktiviteter. Noen aktiviteter har behov for mye planlegging, og avhenger av bemanning, økonomi eller andre gjøremål den dagen. Når disse begrensningene blir sett i sammenheng med mulighetsrommet kan pasientene oppleve manglende tilrettelegging. Informanten fortalte at dette kan være fordi pasientene ikke ser situasjonen fra de ansattes perspektiv, og kan oppleve at institusjonen ikke jobber hardt nok for å imøtekomme enkeltindividets ønsker. Flere informanter har erfart at manglende tid og ressurser går ut over muligheten til å oppfylle pasientenes ønsker om aktiviteter i hverdagen.

*“... en form for frihetsfrarøvelse når pasienten selv ønsker å gå tur, men det er manglende ressurser i form av personal til å følge de” - Informant 1*

### Kontroll over eget liv

Et annet tema som gikk igjen, var følelsen av myndiggjøring og kontroll over eget liv. En informant fortalte for eksempel om viktigheten av at pasientene opplever kontroll over eget liv. Informanten fortalte også at å la pasientene medvirke i egen behandlingsplan var viktig. Selv små mål hadde betydning for motivasjonen til pasienten, samt følelsen av eierskap og kontroll over eget liv. En annen informant har erfart at det stilles ulike krav til forskjellige pasienter, ved at ansatte senker kravene og forventningene til pasienten når deres funksjon egentlig er høyere. Noe som informanten fortalte at vil påvirke pasientens funksjonsnivå over tid. Informanten fortalte at ansatte gjør mye for pasientene, som å vaske klær, smøre på brødsnivåene eller hjelpe til med vask av rom. I noen situasjoner er dette nødvendig da pasientene er så syke at de ikke har mulighet til å utføre slike oppgaver selv. Informanten sa også at det er viktig å stille krav der det er hensiktsmessig, samt involvere pasienten i mest mulig av arbeidet, slik at funksjonsnivået og kontrollen over eget liv opprettholdes mest mulig.

*“Enkelte er så psykisk syke at man må tilrettelegge nesten alt for at de skal opprettholde basale behov”- Informant 2*

Brukermedvirkning i hverdagen og i samarbeidsmøter med andre aktører en viktig arena hvor pasientene har mulighet til å skape kontroll over eget liv, fortalte en annen informant. Medvirkning kan for eksempel være at pasientene uttrykker sine ønsker, mål og behov for hvordan de vil ha det.

#### 4.4 Tema 3 – Aktivitetsbasert tilnærming

##### Mestring av aktiviteter

Mange pasienter som blir innlagt mister mange av sine hverdagslige aktiviteter. En informant har erfart at det å trene så spesifikt som mulig på aktiviteter kan være avgjørende for å mestre et selvstendig liv. ‘Det er viktig å trene aktivitetsfokuseret for å minske gapet mellom samfunnet og pasientens forutsetninger’ fikk vi høre av en annen informant. Ved å tilrettelegge og tilpasse aktiviteten kan pasienten styrke motivasjonen for videre behandling. En informant har erfart at motivasjonen kan forsvinne hvis pasientene ikke føler de mestrer de nye aktivitetene de prøver.

*“Tror alle mennesker har et eller annet de bryr seg mye om ...” - Informant 3*

En annen viktig del ved mestring er evnen til å sette seg mål, fortalte en informant. Enkelte pasienter som informanten har møtt lager for store og uoppnåelig mål. Informanten fortalte at som ergoterapeut kan vi bidra med å stykke opp målet i delmål og gjøre de mer realistiske. Videre fortalte informanten at å lage mål er trening i seg selv, og å gjennomføre dette kan styrke troen på egne evner og myndiggjøring.

##### Ergoterapeuters fagkompetanse

Flere informanter ønsket å presisere viktigheten av ergoterapeutisk kompetanse i psykisk helse som en nyttig ressurs. En informant fortalte at det er betydningsfullt å ha ergoterapeuter med spesialkompetanse om sammenhengen mellom aktivitet, deltagelse og omgivelser, som kan bidra til å fremme pasientenes behandling. En annen informant har opplevd at

kompetansen til ergoterapeutene kunne blitt brukt annerledes på arbeidsplassen, som å prioritere funksjonskartlegging eller aktivitetsbasert relasjonsbygging. En tredje informant fortalte at arbeidsplassen har et klart ønske om å kartlegge hjemmesituasjon og boevne, men at det ofte blir nedprioritert med bakgrunn i de tilgjengelige ressursene på arbeidsplassen. Videre fortalte informanten at kompetansen vår blant annet omhandler å opprettholde den hverdagslige aktiviteten, slik at det ikke blir et sjokk å komme tilbake til hverdagslivet.

*“Ergoterapeuter ser på aktivitet som behandling, mens andre ser på  
det som aktivisering” - Informant 2*

### Ressurser

Ofte kan manglende ressurser være en hemmende faktor for aktivitetsbasert tilnærming. En informant har erfart at mange som er innlagt på tvang mister muligheten til selvvalgt aktivitet. Et eksempel informanten kom med omhandlet når pasientene ønsker å gå tur eller handle på butikken, men det er mangel på personal som kan følge de ut. Informanten forklarte at dette gjør at pasientene ikke får trent på hverdagslige aktiviteter som handling eller sosial trening utenfor institusjonen. Videre er det også manglende ressurser til å kunne dra på hjemmebesøk, fortalte en annen informant. Dette hemmer arbeidet til ergoterapeuter ved at en ikke får kartlagt og observert, eller får trent spesifikt på aktiviteten i hjemmet. Samme informant har opplevd å ha miljøterapeutiske arbeidsoppgaver i tillegg til de ergoterapeutiske, som har ført til at noe må prioriteres ned. Informanten la også vekt på at den ergoterapeutiske kompetansen er en stor ressurs i psykisk helse. En annen informant har også opplevd at ergoterapeutstillinger blir byttet ut med miljøterapeutstillinger, som kan føre til at kompetansen blir borte.

## 5.0 Diskusjon

Med bakgrunn i problemstillingen skal vi diskutere hvilke faktorer som kan bidra til å styrke et selvstendig, meningsfullt liv for personer med psykiske lidelser. Først skal vi gjennomføre diskusjon av resultat ved å benytte teorien fra aktivitetsperspektivet, tidligere forskning og samfunnsaktualitet for å drøfte og tolke funnene. Vi ønsket å identifisere sammenhenger, men også ulikheter. I metodisk betraktning skal vi diskutere valgt metode, validitet og reliabilitet i forhold til prosjektet. Til slutt drøftes betydningen for praksis i lys av oppgavens omfang.

## 5.1 Diskusjon av resultat

### Tema 1 - Relasjonsbygging

Gjennom å danne en relasjon kan det bli lettere for ansatte å identifisere meningsfulle aktiviteter for pasienter som er innlagt. De som blir innlagt kan føle på å miste kontrollen over eget liv. Det kan ta tid for en pasient å føle seg trygg på menneskene rundt (Helsedirektoratet, 2018). I praksis har vi erfart at når vi brukte tid med pasientene, og ble godt kjent var de mer åpne til å delta og engasjere seg i aktiviteter. Pasienter kan videre oppleve å føle seg tryggere i situasjonen de befinner seg i (Helsedirektoratet, 2018). Dette kan videre styrke samarbeidet mellom pasient og ansatt slik en informant opplevde. Likeså at det kan styrke følelsen av kontroll over eget liv, ved at en føler seg tryggere både i omgivelsene og relasjonene. En god relasjon kan fremme retten til å velge selv fra occupational justice, da pasientene kan føle seg tryggere på å uttrykke hva de ønsker. Å ivareta brukerperspektivet er en viktig del av ergoterapeuters fagkompetanse og i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2021). Dette kan videre styrke myndiggjøringen når pasienten er med i beslutninger.

Teorien occupational justice stadfester blant annet at alle mennesker har rett til utvikling i helsefremmende, og meningsfulle aktiviteter gjennom hele livet. Ved å være deltakende i meningsfulle aktiviteter kan følelsen av sosial inkludering og tilhørighet fremmes (Morville & Larsen, 2017, s. 205). Mangel på engasjement i meningsfulle aktiviteter kan føre til aktivitetsdeprivasjon oppstår. Pasientgruppen i oppgaven kan oppleve at de ikke får velge hvilke aktiviteter de vil delta på, og til en viss grad blir ekskludert fra samfunnet (Morville & Larsen, 2017, s. 201). En mulig negativ effekt av aktivitetsdeprivasjon kan være ensomhet. Ensomhet har også en sammenheng med sosiale relasjoner, på lik linje som deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Rundt 15% av befolkningen oppgir at de føler på ensomhet, som igjen kan være både en årsak og en konsekvens av psykiske lidelser. Videre kan ensomhet føre til isolasjon som kan hemme relasjonsbyggingen ved at en ikke deltar i ulike aktiviteter eller sosial deltakelse og inkludering (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 36).

I stortingsmeldingen legges det bant annet vekt på viktigheten av meningsfulle aktiviteter, tilhørighet og mestring (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 61). Dette støttes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det å gjøre noe meningsfylt med andre skal sikres (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Sett i lys av occupational justice kan relasjonsbygging bidra til å motivere pasienten i ulike meningsfulle og helsefremmende aktiviteter.

Informantene opplevde at en god relasjon styrket muligheten for deltagelse i aktivitet. Dette

kan videre øke følelsen av myndiggjøring. Pasienten kan da oppleve en følelse av autonomi og kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2018).

## Tema 2 - Brukermedvirkning og autonomi

Med bakgrunn i occupational justice skal alle mennesker ha rett til å velge aktiviteter selv. Viktigheten med å inkludere pasienten kom frem flere ganger fra informantene, både under behandlingsmøter og samarbeidsmøter med andre aktører, men også i hverdagsaktiviteter. Det er en lovfestet rettighet at brukere av helsetjenester tas med i planlegging og gjennomføring av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Nasjonale retningslinjer anbefaler også å vektlegge brukermedvirkning innen helsetjenesten i Norge (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 47). Pasienten skal ha eierskap til behandlingsplanen sin for å sikre gode løsninger og øke brukermedvirkning (Meld. St. 23. (2022-2023), s. 11). Ved at pasientene er med på å ta valg og beslutninger ovenfor eget behandlingsforløp kan dette styrke ens motivasjon og kontroll over eget liv (Pedersen, 2019, s. 222). En informant opplevde at motivasjonen økte når pasienten fikk sette egne mål, samt styrket samarbeidet mellom pasient og ansatt. En annen informant fortalt at å øve på selvhevdelse i form av hva pasienten ønsker, vil og har behov for i livet sitt kan øke selvstendigheten og myndiggjøring. En annen mulig faktor som kan bidra til å styrke et selvstendig, meningsfullt liv er retten til meningsfull aktivitet gjennom valgmuligheter. Manglende ressurser og tid mener flere informanter svekker pasientenes muligheter til meningsfull aktivitet, samt retten til utvikling i helsefremmende aktiviteter. For at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre egen livssituasjon må de være deltakende i samvær og aktiviteter de selv opplever som meningsfulle (St. Meld. 23 (2022-2023), s. 61). Mangel på deltakelse kan føre til fremmedgjøring, som videre kan føre til aktivitetsdeprivasjon. Der langvarig ekskludering fra meningsfull og helsefremmende aktiviteter kan gi uhelse (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80). Det er derfor viktig å inkludere pasienten så langt det lar seg gjøre, slik at en ivaretar myndiggjøringen (Stadnyk et al., 2010, s. 322). Ved å gi pasienten valgmuligheter så langt det lar seg gjøre kan det styrke følelsen av kontroll og autonomi, slik en informant opplevde. Selv små valg er bedre enn ingenting.

Ved å betrakte temaet fra en annen synsvinkel kom det frem at tvang og makt var en hemmende faktor for rehabiliteringsforløpet. De fleste som legges inn får hjelp på frivillig grunnlag, men i noen situasjon er det behov for å ta i bruk makt (Meld. St. 23 (2022-2023), s.



90). Det kom frem i noen intervjuer at tvang og makt benyttes for å beskytte pasienten. Tvang kan derfor bli en form for omsorg fra de ansattes side, mens pasienten ikke anser det slik. For pasienten kan dette være en hemmende faktor ved at det minsker følelsen på myndiggjøring, og en kan bli fratatt retten til å velge meningsfulle aktiviteter selv. Det er også strenge rammer på institusjonene for hva pasienten kan og ikke kan gjøre. Det kan gi en følelse av manglende kontroll over eget liv (Stadnyk et al., 2010, s. 322). Samtidig som det svekker ens autonomi (Pedersen, 2019, s. 222). Et eksempel fra egen praksis var når en pasient med sosial angst ble tvunget til å bli med på en fellesaktivitet. Pasienten ønsket ikke, men var klar over at det var nyttig eksponeringsterapi. Aktiviteten var bra fra personalets ståsted, men pasienten selv opplevde det ikke meningsfullt. Dette kan føre til at pasienten føler seg undertrykt og oversett, som videre kan utvikle seg til aktivitetsmarginalisering (Morville & Larsen, 2017 s. 203).

### Tema 3 - Aktivitetsbasert tilnærming

I lys av tidligere forskning kan en se betydningen av aktivitetsbasert tilnærming. Fra en studie kommer det fram at 78% av pasientene i akutthelsetjenesten opplevde engasjement i aktivitet, og over halvparten av deltagerne mente ergoterapeutisk arbeid hjalp de til å fungere bedre i dagliglivet, få dekt deres behov og mer selvtillit og tro på egne evner (Lloyd & Williams, 2010, s. 438). Ergoterapeuter er eksperter på person, aktivitet og omgivelser. Ved å observere pasienten i aktivitet kan en se hvordan omgivelsene påvirker aktivitetsutførelsen (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Det er en rett at aktiviteten en gjør skal både føles meningsfull og helsefremmende (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80). Det kan derfor være hensiktsmessig å få aktiviteten så aktivitetsfokusert, aktivitetsbasert og økologisk relevant som mulig som kan fremme engasjement og deltagelse (Fisher & Marterella, 2019, s. 85).

Det mest optimale hadde vært å trene hjemme i egen bolig, for å kunne se personen i sitt vante miljø for å forstå helheten slik at tjenestene passer sentralt inn (Helsedirektoratet, 2018). Ofte opplever informantene at det ikke er ressurser nok til å prioritere hjemmebesøk. I noen tilfeller har heller ikke pasienter økonomisk ressurs til å ha egen bolig. Ergoterapeuter kan bidra å tilrettelegge mest mulig på institusjon for å gjøre aktiviteter så økologisk relevant og hensiktsmessig som mulig, slik at en får observert pasienten i relevante kontekster. For eksempel å trene på et ferdighetskjøkken, slik vi har erfart i praksis. Dette gjør en i håp om at pasienten vil finne mening og nytteverdien i aktiviteten og videre styrke

aktivitetskompetansen. Det kan bidra til at en etter utskrivelse tar bedre valg både økonomisk og helsemessig. For eksempel å lage mat selv, fremfor å bestille.

Deltakelse i aktivitet bidrar til å gi erfaringer og kunnskap om en selv, samtidig som en får tilbakemelding fra omgivelsene på hvordan en mestrer samfunnets krav i forhold til menneskets forutsetninger. Engasjement i ulike aktiviteter kan bidra til at pasienter som er innlagt fungerer bedre i hverdagen. De kan klare å møte samfunnets krav, og være mer selvsikker og trygg på egne ferdigheter og evner (Lloyd & Williams, 2010, s. 438). Det kan ses i lys av aktivitetsbalanse, der en opprettholder en god balanse mellom aktivitet og ens subjektive opplevelse av aktiviteten (Morville & Larsen, 2017, s. 199). Ved at en føler seg tilfreds med de utførte aktivitetene i hverdagen kan dette bidra til å minske gapet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger (Ness, 2011, s. 71). Enkelte som blir innlagt kan oppleve følelsen av manglende mening og forståelse for hvordan hverdagslivet skal håndteres (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Hvis en ikke opplever balanse eller er utilfreds med egen hverdag, kan en over tid oppleve aktivitetsdeprivasjon, som videre kan føre til psykisk uhelse, stress eller dårligere selvtillit (Aagaard & Langdal, 2019, s. 119). Her kan ergoterapeuter bidra ved å observere og kartlegge ressursene til personen og minske gapet ved å tilrettelegge omgivelsene for å muliggjøre aktivitet (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Det er viktig å erkjenne en helhetlig tilnærming, hvor det ikke bare handler om utførte aktiviteter, men også opplevelsen av mening og utvikling i helsefremmende aktivitet. Opplevelsen kan videre styrke kontroll over eget liv, motivasjon og mestringstro på et selvstendig, meningsfullt liv (Bredland et al., 2014, s. 127).

### 5.3 Metodisk betraktning

En kan diskutere hvordan funnene hadde vært annerledes ved bruk av andre metoder. Ved litteratursøk eller observasjon kunne funnene ha avviket fra denne oppgaven. Med bakgrunn i at vi ønsket personlige erfaringer anså vi en kvalitativ metode som passende (Sverdrup, 2020, s. 58). Videre kan en diskutere hvordan funnene hadde artet seg annerledes om vi hadde intervjuet pasienter, men vi vurderte sårbarheten som for stor.

Det kan diskuteres bruk av hjelpemidler i intervjumetoden. Vi kunne ikke ta lydopptak, og måtte derfor notere fortløpende og stole på egen tolkning og hukommelse. Det var heller ikke behov for transkribering av funnene våre. Leseren av denne oppgaven må derfor tro på at det som er formidlet i resultatet stemmer. Det kan svekke pålitelighet av vårt prosjekt. Vi gikk

derfor fortløpende gjennom intervjuene, og benyttet systematisk tekstkondensering for å gjøre resultatet så autentiske og troverdige som mulig. Hvis det var påstander vi var uenige eller usikre på, ekskluderte vi de i resultatdelen. Vi passet på å stille de samme spørsmålene i alle intervjuene for å sikre gyldigheten i prosjektet.

Når det kommer til valg av informanter, valgte vi å kontakte mennesker med geografisk bredde og lang erfaring innenfor psykisk helse som kan styrke prosjektets validitet og reliabilitet. Vi hadde kjennskap til tre av fire informanter i denne studien fra før. Relasjonen til disse kan i ettertid reflekteres rundt, da svarene kunne ha artet seg annerledes enn om informantene var ukjente. En kan aldri være helt sikre på at informantene ikke ga oss de svarene de trodde vi var ute etter. Samtidig opplevde vi at informanten som var ukjent hadde lignende synspunkter og erfaringer som de tre andre, og kan derfor styrke både gyldigheten og påliteligheten av prosjektet.

I ettertid av funnene kan det diskuteres over hva vi trodde vi ville finne mer eller mindre av før prosjektet startet. Faktoren som tvang og makt hadde større betydning enn det vi hadde sett for oss. Vi lærte at tvang kan anses som en form for omsorg, for eksempel lovfestet tiltak og rammer rundt pasienten for å verne om de (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §9-5). Videre har vi opplevd fra informantene at sykehusstørrelsene ikke avgjør hvor vellykket behandlingen blir og utfordringene er felles, for eksempel manglende bemanning og ressurser.

Til slutt kan en diskutere generaliserbarheten til dette prosjektet. Det er kun intervjuet et lite utvalg mennesker for denne oppgaven. Noe som betyr at svarene ikke i like stor grad kan overføres til alle steder, mennesker og situasjoner, men vi har likevel funnet gode svar som kan representere en viss tendens (Sverdrup, 2020, s. 60). Noen av svarene tillater en viss overførbarhet fordi noen av svarene er ganske like til tross for geografisk bredde, sykehusstørrelse og behandlingstilbud (Busch, 2021, s. 61).

#### 5.4 Betydning for praksis

I lys av temaet vårt er det mye ergoterapeuter kan bidra med for å fremme et selvstendig, meningsfullt liv innenfor et rehabiliteringsforløp. Vi er eksperter på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, med en helhetlig tilnærming (Norsk Ergoterapeutforbund, u.å.). Med bakgrunn i samfunnsaktualiteten og informantene er det blitt nedprioritering i både stillinger, antall sengeplasser, oppholdstid på institusjon og ressurser innen psykisk helsevern

(Meld. St. 23 (2022-2023), s. 7). Det har også blitt et større fokus og ansvar på primærhelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 38). Dette kan gjøre ergoterapeuters arbeid vanskeligere. Både med tanke på relasjonsbygging, men også få tid og mulighet til å gjennomføre en ergoterapeutisk arbeidsprosess. Ved at oppholdstiden blir nedprioritert hemmes muligheten for et optimalt rehabiliteringsforløp, og målet om et selvstendig liv. Ergoterapeuter vet at meningsfull aktivitet er en sentral del av menneskers hverdag (Norsk ergoterapeutforbund, 2017, s. 5). Likevel mister enkelte informanter muligheten til å identifisere meningsfulle aktiviteter og kartlegge og observere pasienter i ulike omgivelser, som for eksempel i hjemmet.

Innleggelse koster samfunnet mye penger og har lang ventetid (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 48). Tiltak som lavterskeltilbudet for barn og unge i skolen, fremme tidlig intervensjon, redusere ventetid og øke tilgjengeligheten av tilbud kan forhindre innleggelse (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 56). Tidlig innsats var også noe en informant nevnte som kan ha stor betydning i fremtiden. Et lavterskeltilbud kan innebære å øke kunnskapen hos barn og unge som kan ha behov for å forstå forskjellen på vanlige følelser og symptomer på psykiske lidelser. I løpet av barne- og ungdomsskolealder debutterer rundt halvparten av alle psykiske lidelser (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 9). Et forbedret lavterskeltilbud kan forhindre at milde og moderate plager, samt livsmestringsutfordringer ikke utvikler seg til mer alvorlige tilstander (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 42).

Ergoterapeuter kan innen rehabilitering bidra med å øke ens sosiale fungering, relasjonsbygging, troen på egne evner og minske gapet mellom samfunnet forventninger og menneskets forutsetninger (Lloyd & Williams, 2010, s. 438). Ved å stille spørsmål som 'hva er viktig for deg', kan en lytte til hva pasienten ønsker og finner meningsfullt som kan fremme behandlingsforløpet. Videre kan pasienten føle på kontroll over eget liv ved at en er delaktig i behandlingsforløpet (Engeset, 2010, s. 2).

## 6.0 Avslutning

Formålet med denne bacheloroppgaven i ergoterapi var å utforske faktorer som kan påvirke et rehabiliteringsforløp i lys av blant annet aktivitetsperspektivet occupational justice. Vi gjennomførte fire kvalitative intervjuer med en semistrukturert intervjuguide for å besvare problemstillingen vår. Gjennom å analysere funnene med inspirasjon fra systematisk

tekstkondensering, kom vi frem til tre hovedkategorier som påvirket pasientens rehabiliteringsforløp. Disse var; relasjonsbygging, brukermedvirkning og autonomi, og aktivitetsbasert tilnærming.

I løpet av studien har vi funnet ut hvordan disse kategoriene både fremme og hemmer et rehabiliteringsforløp. Relasjonsbygging er en vesentlig faktor, men som også kan by på utfordringer. En god relasjon kan fremme motivasjon og meningsfulle aktiviteter, men nedprioritering av oppholdstid kan begrense relasjonsbyggingen. Brukermedvirkning kan være en fremmede faktor hvis det blir benyttet hensiktsmessig. Å inkludere pasienten der det lar seg gjøre, kan øke både følelsen av kontroll over eget liv, men også samarbeidet mellom pasient og ansatt. Likevel er tvang og makt en hemmende faktor innenfor psykisk helse på institusjon da retten til å velge meningsfulle aktiviteter selv kan minske, og videre påvirke myndiggjøring negativt. Tvang og makt var ikke bare en hemmende faktor da det kunne anses som en form for omsorg. Til slutt fant vi ut hvor mye ressurser har å si for en aktivitetsbasert tilnærming. Nedprioritering på flere områder innenfor spesialisthelsetjenesten hemmer mange av aktivitetstilbudene som informantene kan tilby. Dette påvirker rehabiliteringsforløpet negativt. Likevel kan ergoterapeuter bruke aktivitet som behandling ved å gjøre den så økologisk relevant, aktivitetsfokusert og aktivitetsbasert som mulig. Dette kan fremme et rehabiliteringsforløp for pasienten.

En kan se at teorien fra ergoterapeutiske fagområder, samfunnsaktualitet og tidligere forskning samsvarer med funnene våre. Vi har lært mye om hvordan ergoterapeuter kan bidra med å styrke pasientens behandlingsforløp gjennom å bruke en aktivitetsbasert tilnærming, inkludere pasienten i beslutningstaking og benytte relasjonsbygging som verktøy.

## 7.0 Litteraturliste

- Aagaard, M. & Langdal, I. (2019). Centrale begreber inden for ergoterapi. I: Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. Kap. 7 (s. 111-127). Munksgaard.
- Asaba, E., Josephsson, S. & Jonsson, H. (2017). Videnskabsteoretisk, filosofisk og teoretisk grundlag for aktivitetsvidenskaben. I: H. K. Kristensen, A. S. B. Schou & J. L. Mærsk (Red.). *Nordisk aktivitetsvidenskab*. Kap. 2 (s. 29-47). Munksgaard.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2014). *Det handler om verdighet og deltagelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bryant, W & Plastow, N. (2023). The Grounds for Occupational Therapy. I: W. Bryant, J. Fieldhouse & N. Plastow (Red.). *Occupational Therapy and Mental Health*. Kap. 2 (s. 18-39). Elsevier.
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget.
- Engeset, A. (2010). *Psykiske helse i et folkehelseperspektiv*. Hentet fra Ergoterapeuten nr. 6, 2010. [https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fFagartikler%2fAnita\\_folkehelse.pdf](https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fFagartikler%2fAnita_folkehelse.pdf)
- Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupation Therapy*. Center for innovative OT solutions.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Helle, T., la Cour, K. & Østergaard, G. (2019). Forskning inden for ergoterapi. I: Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. Kap. 24 (s. 405-419). Munksgaard.
- Helsebiblioteket. (2021). Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (u.å.). Nasjonale forløp, pakkeforløp psykisk helse og rus. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop>
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/>
- Helsedirektoratet. (2018, 20.januar). Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/>
- Helse Norge. (u.å.). Psykiske lidelser. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Håkansson, C., Morville, A-L. & Wagman, P. (2017). Aktivitetsbalance. I: H. K. Kristensen, A. S. B. Schou & J. L. Mærsk (Red.). *Nordisk aktivitetsvitenskap*. Kap. 7 (s. 111-127). Munksgaard.
- Kristensen, H. K. (2017). Præsentasjon af aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv. I: H. K. Kristensen, A. S. B. Schou & J. L. Mærsk (Red.). *Nordisk aktivitetsvitenskap*. Kap. 1 (s. 17-27). Munksgaard.
- Lloyd, C. & Williams, P. L. (2010). *International Journal of Therapy and Rehabilitation: Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice*. <http://www.ijtr.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/abstract.html?uid=78038>
- Magnus, E. & Olsø, T. M. (2019). Retten til en hverdag med aktivitet. I: J. Tøssebro (Red.). *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Kap. 7 (s. 119-135). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 23. (2022-2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 10. (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Morville, A-L. & Larsen, A. E. (2017). Occupational justice – at fremme retten til aktiviteter. I: H. K. Kristensen, A. S. B. Schou & J. L. Mærsk (Red.). *Nordisk aktivitetsvitenskap* Kap. 11 (s. 193-213). Munksgaard.
- Mærsk, J. L. & Wolters, A. (2019). Aktivitetsvitenskap. I: Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. Kap. 4 (s. 61-72). Munksgaard.
- NAV. (2023, 30. November). Sykefraværet økte i 3. kvartal, størst økning i psykiske lidelser. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaeret-okte-i-3.kvartal-storst-okning-i-psykiske-lidelser>
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse – et kunnskapsbasert grunnlag*. Tapir Akademiske forlag.
- Norsk ergoterapeutforbund. (u.å.). *Psykisk helse og samspillet mellom aktivitet, deltakelse og omgivelser*. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-psykisk-helse/psykisk-helse-samspillet-person-aktivitet-omgivelser/>
- Norsk ergoterapeutforbund. (Oktober, 2016). Dette mener vi Psykisk helse; Brosjyre *Psykisk helse og rus*. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-psykisk-helse/>
- Norsk ergoterapeutforbund. (2017). Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
- Norsk ergoterapeutforbund. (2018). *Fagområder i ergoterapi*. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/>
- Norsk ergoterapeutforbund. (Mai, 2022). Innspill til opptappingsplanen psykisk helse. Hentet fra <https://ergoterapeutene.org/>

- Nygård, S. (2018). Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet. Hentet fra Ergoterapeuten Nr. 1, 2018. <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettighetsloven (LOV -1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, U. (2019) Ergoterapi i forebyggende og sunnhetsfremmende innsatser. I: Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. Kap. 13 (s. 213-234). Munksgaard.
- Sikt (u.å.). Gjennomføre eit prosjekt anonymt. <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/personvernhandbok-forskning/gjennomfore-et-prosjekt-uten-behandle-personopplysninger>
- Stadnyk, R. L., Townsend, E. A. & Wilcock, A. A. (2010). Occupational Justice. I: C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Red.). *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. Kap. 12 (s. 307-337). Pearson Education.
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm.
- Søgaard, T. R., Jensen, J. F. & Brandt, Å. (2019). Ergoterapeutisk undersøgelse. I: Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. Kap. 9 (s. 151-165). Munksgaard.
- Townsend, E. & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy*, 71 (10), 75-87.
- Yamada, T., Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (2019). De personspecifikke begreber om menneskelig aktivitet. I: Taylor, R. R. *MOHO: Kielhofners model for menneskelig aktivitet*. Munksgaard.



## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 – intervjuguide

## Intervjuguide

### Generell informasjon:

Ditt bidrag til vår bacheloroppgave er frivillig og vil bli anonymisert, og du har mulighet til å trekke deg fra denne inne en måned før innlevering. Vi leverer 25. April.

Vi har ikke muligheten til å ta lydopptak av dette intervjuet, så vi vil notere fortløpende.

Tema	Spørsmål
Presentasjon av informanten	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utdanning? Tidligere arbeidserfaring? Videreutdanning?</li><li>- Hvorfor ønsket du å jobbe innenfor psykisk helse?</li><li>- Hva er dine arbeidsoppgaver på arbeidsplassen?</li><li>- Hvem er pasientgruppen på arbeidsplassen? Alder/diagnose?</li></ul>
Kartlegging	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kartlegging når de blir innlagt? Hvilke kartleggingsverktøy benyttes? Tverrfaglig eller kun din profesjon. Eks. ICF, COMP, EVA</li><li>- Gjør dere kartlegging før pasientene skal skrives ut?</li><li>- Målsetting: pasientenes deltakelse i å sette opp egne mål de ønsker å oppnå mtp. Innkøst? Utskrivelse?</li><li>- Hvor mye brukermedvirkning er det?</li><li>- Hvor mye er pårørende med i kartleggingen? Andre instanser?</li></ul>
Aktivitetsperspektiv	<p>Vi har valgt occupational justice som aktivitetsperspektiv i oppgaven vår. Vi tolker dette begrepet som at mennesker skal ha rett til aktivitet og deltagelse i selvvalgte aktiviteter.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan påvirker ytre omgivelser arbeidet dere gjør med pasienten (for at de skal skrives ut)? Eks. Stigma, negativt syn av personer med psykiske lidelser? Vanskelighet med å skaffe de bolig/arbeid? Manglende ressurser?</li><li>- Hvilke barrierer føler du pasientene oftest opplever mtp. Aktivitet og deltagelse. Eks. Egen motivasjon, stigma og fordommer utenfra, energinivå?</li><li>- Hvor viktig tror du det er for pasientene å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagen?</li><li>- Hvordan jobber dere med å opprettholde aktivitetsbalanse?</li></ul>

Meningsfull aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mtp. at du jobber på en institusjon, byr dette på noen utfordringer med å finne meningsfulle aktiviteter? Og hvordan dette kan påvirke arbeidet å få skrevet de ut?</li> <li>- Opplever du å møte mennesker som "ikke vil bli friske"? Og hvordan håndterer du dette? F.eks. troen på egne evner, rusavhengighet.</li> <li>- Hvordan er det å identifisere aktiviteter som pasientene syns er gøy å holde på med? F.eks. kartlegging, observasjon og samtale.</li> </ul>
Brukermedvirkning og relasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mtp. tvangsinnleggelse og/eller mennesker som ikke ønsker hjelp, men som trenger det; <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hvordan syns du det er å danne en relasjon med pasienter med alvorlige psykiske lidelser?</li> <li>o Hvordan påvirker tvang og makt relasjon og brukermedvirkning?</li> </ul> </li> <li>- Motivasjon er viktig for å ha noe å stå opp til og oppleve mestring og at en gjør noe meningsfullt: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hvordan opplever du motivasjon til pasienter som sliter med psykiske lidelser?</li> <li>o Hvordan påvirker det arbeidet mot utskrivelse?</li> <li>o Hva gjør du i ditt arbeid for å motivere pasientene?</li> </ul> </li> </ul>
Politikk og økonomi/ytre rammer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan påvirker politiske føringer tilbudene dere gir på institusjonen?</li> <li>- Påvirker økonomi og ressursene f. eks muligheten til hjemmebesøk? Sengeplasser? Og oppholdstid? Hvordan påvirker det arbeidet deres?</li> <li>- Opplever du å være med på å skrive ut pasienter, selv om dere vet pasienten ikke vil klare seg hjemme selvstendig over tid? Hvis ja, hva kan en forebygge dette?</li> </ul>
Overgangsfasen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hjemmebesøk: er dette noe dere gjør/skulle ønske var mer av? Evt. Hvor ofte gjør dere det, og hva gjør dere på hjemmebesøket?</li> <li>- Hvilke faktorer tar dere hensyn til når en pasient skal skrives ut i overgangsfasen? Eks. sårbarhet, motivasjon, arbeid/utdanning, familie og sosial deltakelse/relasjon.</li> <li>- Hva tror du skal til får at en pasient ikke vender tilbake/blir innlagt igjen?</li> <li>- Hvor mye er pårørende/andre instanser involvert i overgangsfasen?</li> </ul>

Tverrfaglighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke andre yrker eller instanser samarbeider dere med mens pasienten er innlagt og ved utskriving? FACT? Hjemmetjenesten? Treffsted? Kommunen?</li> <li>- Tverrfagligheten på arbeidsplassen? Bra eller dårlig, på hvilken måte?</li> </ul>
Ergoterapeuters rolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bør det jobbe flere ergoterapeuter i psykisk helsevern? Hvorfor/hvorfor ikke?</li> <li>- Føler du profesjonen din er verdsatt if.ht til de andre profesjonene på arbeidsplassen?</li> </ul>
I en ideell verden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva skulle du ønske du fikk utredet med hver enkelt pasient mens de er innlagt? Eks. funksjonskartlegging, hjemmebesøk, trening på aktiviteter og ADL og annet de vil få bruk for etter utskriving.</li> <li>- Har du noen endringer innenfor psykisk helse du vil at det skal være fokus på fremover? På arbeidsplassen eller på et politisk/økonomisk nivå? Hva fungerer/funker ikke?</li> <li>- Forbedringspotensialer?</li> </ul>

Til slutt lurer vi på om det er noe annet du vil si, som vi ikke har vært innom enda?

Tusen takk for at du ønsket å stille til intervju og bidra til vår bacheloroppgave!